

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes
mellitus na UBS Paulo VI, Caicó/RN**

Aliuska Isabel Lemes Cardoso

Pelotas, 2015

Aliuska Isabel Lemes Cardoso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes
mellitus na UBS Paulo VI, Caicó/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Saúde da Família EaD da Universidade
Federal de Pelotas em parceria com a
Universidade Aberta do SUS, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientadora: Patrícia Germânia da Silva

Co-orientadora: Niviane Genz

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C268m Cardoso, Aliuska Isabel Lemes

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Vi, Caicó/RN / Aliuska Isabel Lemes Cardoso; Patrícia Gernânia da Silva, orientador(a); Niviane Genz, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Patrícia Gernânia da, orient. II. Genz, Niviane, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico primeiramente a Deus, por me iluminar e abençoar minha trajetória.

Ao meu esposo Eddis pelo seu amor e carinho.

Aos meus amados filhos Sucel e Editin que chegaram para alegrar minha vida, hoje minha vitória e deles.

A todos que de alguma forma ajudaram, agradeço por acreditarem no meu potencial,

E, por último, mas não menos importante, obrigada à minha equipe de saúde, pois sem a ajuda de vocês nada disso seria possível.

Agradecimentos

Ao meu bom Deus, por me dar sabedoria, oportunidade de viver, paciência e fôlego de vida a cada amanhecer.

A minha orientadora Patrícia Germânia, por me ajudar com seus ensinamentos e paciência.

Resumo

CARDOSO, Aliuska Isabel Lemes. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Paulo VI, Caicó/RN.** 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O processo de desenvolvimento das sociedades desencadeou uma modificação no perfil de morbimortalidade da população tendo como fatores predominantes as doenças e mortes decorrentes de afecções não transmissíveis, entre elas destacam-se as doenças cardiovasculares tendo como principais fatores de risco a Hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus. Objetivou-se por meio de um a intervenção em saúde melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Paulo VI em Caicó/RN. Todos os residentes na área de abrangência da UBS foram cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, seguindo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde. A UBS Paulo VI possui uma população de 3441 habitantes. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 2305, sendo a população alvo estimada em 523 pessoas com hipertensão e 129 pessoas com diabetes. Iniciamos a intervenção no mês de fevereiro de 2015 a qual se estendeu durante 16 semanas. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Os objetivos e as metas foram monitorados com indicadores de cobertura e de qualidade. A intervenção na UBS proporcionou a ampliação da cobertura para 226 hipertensos (43.2%) e 104 diabéticos (80.6%); melhoria dos registros, qualificação da equipe, avaliação clínica, odontológica e monitoramento por meio de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações, avaliação do risco cardiovascular, além de ações educativas com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos com destaque para a ampliação dos exames clínicos e para avaliação do risco de ambos os grupos. Como conclusão, observamos que o impacto esperado nos indicadores acima referidos exige uma necessidade primordial na ação do poder público, com implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis que possam garantir a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, fortalecendo a rede de atenção a saúde através da linha de cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus.

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó,RN, 2015. | 61 |
| Figura 2 | Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó,RN, 2015. | 62 |
| Figura 3 | Gráfico indicador da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó,RN, 2015. | 64 |
| Figura 4 | Gráfico indicador da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó,RN, 2015. | 65 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DM	Diabetes Mellitus
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores.....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	79
Referências	80
Anexos	81

Apresentação

Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Paulo VI Caicó/RN objetivando qualificar o Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à Unidade.

No primeiro capítulo é apresentado a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade e, ainda a descrição da unidade com uma análise do processo de atenção à saúde.

No segundo capítulo, apresentamos a análise estratégica utilizada, com seus respectivos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, detalhando cada um destes componentes.

No terceiro capítulo, é apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação à rotina do serviço das ações previstas no projeto.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

No capítulo cinco e seis é apresentado o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete apresentamos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, na continuação consta a bibliografia utilizada para este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF/APS (Estratégia da Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde), em meu serviço não está em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, pois não possui estrutura adequada, falta profissional para comportar o quantitativo da comunidade adstrita, falta de instrumentos e materiais para realização de procedimentos, falta de transporte para o profissional se locomover até os usuários para realização de visitas domiciliares.

O trabalho de equipes da ESF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), sendo imprescindível suporte, instrumentos, materiais e transporte suficiente, a fim de intervir de forma mais eficaz na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde da população.

A ESF visa à promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência para que isso seja alcançado faz-se necessário a vinculação dos profissionais do serviço junto com a comunidade adstrita.

O serviço, no qual estou inserida, conta em sua equipe com 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de serviços gerais, 7 ACS, 1 recepcionista, 1 odontólogo, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 administradora, totalizando um quantitativo de 18 profissionais, além de profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecem atendimento de apoio. Sua estrutura física é dotada de 2 recepções, sala de vacina, consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico,

sala de curativos, farmácia, sala de esterilização e expurgo, banheiros para funcionários e para público em geral e copa (ambiente utilizado para a realização das refeições dos funcionários, bem como para armazenamento de alimentos).

A área total que a Unidade de ESF abrange corresponde a aproximadamente 1.154 famílias. Todos são atendidos de forma espontânea e por meio de consultas agendadas.

No que diz respeito ao perfil saúde-doença, as patologias mais freqüentes são doenças respiratórias agudas altas e infecções vaginais. Em relação às patologias crônicas, as mais frequentes são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

A Unidade de saúde oferece os serviços de triagem dos usuários, consultas médica, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, bem como visitas domiciliares, Pré-Natal, imunizações, citologias oncológica, Crescimento e Desenvolvimento infantil (C&D), visita puerperal, HIPERDIA (acompanhamento à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus), planejamento familiar, administração de medicamentos injetáveis, nebulizações, curativos, retirada de pontos e pequenos procedimentos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Caicó é um município brasileiro localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, localiza-se na microrregião do Seridó ocidental, na região centro sul do estado, distando 256 km da capital estadual, Natal. Atualmente, tem uma população total de 66.446 habitantes, aproximadamente (IBGE, 2013). Com relação ao Sistema de saúde pública, conta com 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 são urbanas e 3 são rurais, com 22 equipes de ESF. Das UBS, 3 são tradicionais, 01 tem disponibilidade de NASF e, no município não há disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quanto à disponibilidade de atenção especializada, tem cobertura para 14 especialidades como neurologia, cardiologia, ginecologia, otorrinolaringologia, ortopedia, psicologia, oncologia, nefrologia, urologia, oftalmologia, endocrinologia, geriatria, pneumologia, entre outras. Conta com 3 hospitais públicos, tem boa disponibilidade de exames laboratoriais na área de imunologia, microbiologia,

bacteriologia, análise de produto (água para consumo humano), pesquisa de coliformes totais, pesquisas de coliformes termo tolerantes e de turbidez.

Em relação à minha UBS, ela é urbana, encontra-se situada na periferia do município e seu modelo de atenção é de ESF, sob gestão plena do município e totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na UBS, existe somente 1 equipe de saúde, composta por um médico clínico geral, uma enfermeira que coordena a equipe e atende os grupos do cronograma, um odontólogo, três auxiliares de serviços gerais (ASG), uma administradora, uma técnica auxiliar de odontologia, duas técnicas em enfermagem e sete ACS, distribuídos em sete micro-áreas. Essa equipe é auxiliada pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

De modo geral, a UBS tem uma boa estrutura, com computadores, porém não dispõe de internet, possui uma sala de espera para aproximadamente 30 usuários com portas e janelas, boa ventilação, assim como uma boa iluminação, tem também uma sala de recepção para acolhimento em que estão organizados os prontuários em duas estantes. São as técnicas de enfermagem que fazem os agendamentos e organizam os prontuários.

A UBS possui uma sala de reuniões e educação em saúde, disponível também para os ACS. Dispõe de 1 consultório médico climatizado com muita privacidade, e um consultório de enfermagem sem banheiro, além de uma sala para os procedimentos como curativos, entre outros. Existe uma pequena sala para vacina, uma sala para farmácia e a sala de nebulização. Temos uma sala de odontologia, mas não existe área específica para compressor. Temos também sala de esterilização e coleta de material. Existe uma cozinha e um banheiro para usuários e outro para pessoal da UBS.

Todos os pisos são laváveis e de superfícies lisas, a cobertura de proteção é de laje e as portas não são do tipo de alavanca. Apesar disso, a UBS tem barreiras arquitetônicas. Ela é inadequada para o acesso de pessoas deficientes, também não existem cadeiras de rodas à disposição dos mesmos. As principais limitações que podemos mencionar são a falta de rampa para deficientes. No consultório odontológico não existe instrumental para instalação de próteses, assim como sua manutenção, disponível apenas nos serviços privados. Como a população é muita carente de recursos econômicos, não podem

assistir a estas consultas, há um grupo grande de usuários com problemas dentários.

Penso que com um bom trabalho de nossa parte, poderemos conseguir realizar uma intervenção satisfatória e poderemos ofertar solução a algumas das dificuldades, sendo importante seguir estudando e atuando nos diferentes processos de trabalho da UBS, fazendo um maior planejamento para diminuir as diversas dificuldades ou o efeito negativo das mesmas, para melhorar a saúde do povo. É necessário conhecer a verdadeira realidade da comunidade, a fim de poder implementar estratégias e programas capazes de contribuir com a melhora da sua qualidade de vida e das nossas condições de trabalho, envolvendo também os gestores municipais.

Quanto às atribuições da equipe, a UBS tem feito o mapeamento da área de atenção, com sinalização de comércios locais, igrejas, escolas e creches, contando com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. São desenvolvidas ações como identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, entre outras. Estas atividades são realizadas no domicílio, nas escolas e na creche que existe na área. As atividades realizadas nos domicílios são consulta médica e de enfermagem, aferição da tensão arterial, teste de glicemia capilar, curativos, vacinação, revisão puerperal, educação em saúde, entregas de medicamentos, trocas de sondas e, às vezes, aplicação de medicamentos por via intramuscular.

Considero que conseguiremos incentivar a toda a equipe de saúde para a realização de outras atividades que ainda são desconhecidas, especialmente pelos ACS, e que são muito importantes para que a atenção primária à saúde alcance maior sucesso. Por exemplo, quanto a busca ativa de doenças e agravos de notificação obrigatória, que eles já fazem, mas não com muita qualidade, compartilhei minha experiência em Cuba e em outros países para melhorar esta ação, e também a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Em relação à população da área adstrita, a mesma é composta por um total de 3441 habitantes, sendo que 2036 são pessoas de 15 anos ou mais. Temos 1941 mulheres de 20 a 59 anos, sendo que atualmente existem 10

gestantes cadastradas. Existe 45 crianças menores de 1 ano de idade, 206 pessoas são menores de 5 anos, e 372 pessoas maiores de 60 anos. Esta população está dividida em 7 micro-áreas, cada uma acompanhada por um ACS que mantém o controle das problemáticas da população da sua área.

Quanto a atenção à demanda espontânea, o acolhimento se inicia pela recepcionista desde a chegada dos usuários à unidade e, posteriormente pelas técnicas de enfermagem, passando para a enfermeira e depois pelo médico no consultório. Em média, os usuários em dez minutos tem suas necessidades escutadas. Ao chegar ao consultório gosto de fazer uma adequada anamnese e exame físico, depois explicar de forma bem clara tudo que estiver relacionado com a doença e tratamento para que o usuário não fique com dúvida, e isso leva mais ou menos dez minutos entre um usuário e outro.

A UBS inicia as suas atividades às 7:00h com acolhimento dos usuários na sala de espera. Agendam-se 20 fichas para que todos os usuários sejam atendidos e, além disso, todo usuário que chegue depois e que necessitar do atendimento no dia também é atendido imediatamente, e se necessitar de atendimento imediato também é atendido com rapidez, como por exemplo, usuários com febre, vômitos, crise de hipertensão arterial, hiperglicemia, crise de asma bronquial, entre outros. Os usuários que precisem trocar receitas, adquirir medicamentos para doenças crônicas, são orientados pela equipe que ao chegar na unidade façam uma triagem com a equipe de enfermagem, e serão avaliados os distintos riscos biológicos. Se o problema pode ser resolvido na unidade, resolve-se; se não, orienta-se o usuário a ir para o hospital regional do município. Além da avaliação do risco biológico, também buscamos realizar uma avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir os encaminhamentos da demanda dos usuários.

Com o estudo do caderno de atenção das demandas espontâneas e do fluxograma apresentado, dispomos de uma ferramenta muito importante, que é uma ajuda para podermos continuar organizando o acolhimento das demandas espontâneas nossa UBS. Em nossa UBS existe excesso de demanda espontânea, sendo remarcados para o dia seguinte os usuários que não foram atendidos, dando-se preferência às pessoas com doenças agudas. Uma das maiores dificuldades que temos são os encaminhamentos aos especialistas, os

quais podem levar até oito meses para ser atendidos, o que traz como consequência a insatisfação da população. Por isso, eu acho necessário mesclar todos os grupos de apoio e gestores de saúde em momentos de discussão para que se resolva este problema.

Em relação à saúde da criança, existem 96 crianças entre zero e 72 meses de idade; na UBS realizamos consultas de puericultura, uma vez por semana em um turno. Estas são realizadas por mim (médica especializanda), em conjunto com a enfermeira e técnicas de enfermagem. Sempre são solicitadas as carteiras da criança para avaliar o estado vacinal das mesmas e as curvas de crescimento, estaturas e ganho ponderal, para assim poder avaliar seu estado nutricional. Todas as consultas são realizadas a partir da implementação da ESF e através das visitas domiciliares. Estamos oferecendo atividades de orientação e promoção em saúde a todas as mães, sempre explicando a importância do acompanhamento adequado das crianças, além de oferecer orientações sobre como prevenir acidentes, violências e também sobre hábitos alimentares saudáveis. Até o momento, a UBS nunca teve grupos para mães das crianças da puericultura, mas com nosso trabalho de EFS e depois de concluído o cadastramento total da população devemos conseguir a conformação deste grupo.

Neste momento, são desenvolvidas ações no cuidado da criança, por exemplo, tratamento de problemas clínicos gerais, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno exclusivo. Temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, assim como temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura. Seria bom para todos manter estas duas atividades, porque identificaríamos mais facilmente as crianças faltosas e as com atrasos nas vacinas. Na UBS é realizado, semanalmente, pela enfermeira, atendimento de puericultura para crianças entre zero e 12 meses, mas se existir algum caso de risco, este é avaliado semanalmente ou encaminhado. As crianças de 12 a 24 meses são atendidas trimestralmente, e as com até 72 meses, semestralmente. Também ocorre busca ativa via ACS, sendo posteriormente agendada para início das consultas.

Existe demanda de crianças até 72 meses para atendimentos de problemas de saúde agudos, os mais frequentes são infecções respiratórias agudas, verminoses e doenças de pele, mas essa demanda não é em excesso. É um desafio para a equipe da UBS melhorar os aspectos na atenção à saúde da criança que dependem de nosso esforço. Já estamos trabalhando para incrementar as captações de neonatos com visitas domiciliares periódicas dos ACS como estratégia de nossa equipe. Eles têm que informar toda puérpera de nossa área com egresso da maternidade antes dos 7 dias, para fazermos a visita, orientar a importância de atendimento com os profissionais e elaborar o arquivo de atenção de puericultura.

Em relação à cobertura e aos indicadores de qualidade na saúde da criança, temos no Caderno de Ações Programáticas (CAP) uma estimativa de 50 crianças menores de 1 ano, porém temos 45 cadastradas no serviço. O indicador de cobertura estimado é de 90% (45 crianças) menores de 1 ano acompanhadas, neste sentido se observa que 89% (45) de crianças estão com vacinas em dia, 100% (45) com avaliação bucal, 100%(45) com orientação para alimentação materno exclusiva, e 100% com orientação para prevenção de acidentes, e não existe crianças com atraso da consulta em mais de 7 dias.

Quanto à organização do cuidado Pré-natal e puerperal, a UBS realiza atendimento pré-natal uma vez por semana, no turno da manhã, sendo 5 atendimentos pela enfermeira e 5 pela médica especializanda. Após o atendimento a gestante sai com a próxima consulta programada. Não existem gestantes fora da área de cobertura em acompanhamento pré-natal na UBS. Este atendimento é realizado pelo médico, enfermeira e também pelo odontólogo. Temos protocolo de atendimento pré-natal, porém não dispomos do mesmo impresso, apenas pelos modos virtuais.

Acompanhamos um total de 10 (19%) gestantes da estimativa de 51 gestantes para a área de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Das 10 gestantes acompanhadas 100% (10) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, foi solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, receberam prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo; estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado,

foram avaliadas quanto à saúde bucal, foi administrada a vacina Hepatite B e a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Já o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 96% (48) do total de 50 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (48) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, possuem registro da consulta, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, realização do exame ginecológico, das mamas, do abdome e do estado psíquico, mas nenhuma possui avaliação quanto à intercorrências.

São desenvolvidas ações fundamentais no cuidado da gestante para alcançar um adequado atendimento pré-natal e evitar complicações durante a gestação e o parto, como por exemplo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e mama, vacinas, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis. Os atendimentos das gestantes são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, fichas de atendimento odontológico e fichas-espelho de vacinas. Utiliza-se o cartão da gestante e sempre se explica à mesma o significado do posicionamento do peso na curva de ganho ponderal, a importância da avaliação de saúde bucal e, além disso, se recomenda a revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de gestantes no âmbito da UBS uma vez ao mês, onde participam a enfermeira, o médico e ACS. Ainda temos vários pontos fracos do atendimento pré-natal e estamos trabalhando muito intensamente para mudar os indicadores, tais como cadastramento desatualizado, atraso na consulta de alto risco, atraso para fazer os exames laboratoriais e captações tardias de novas gestantes.

Assim, é necessário fazer uma busca ativa de gestantes, sendo ela realizada por ACS e podendo ser facilitada com os dados que temos na unidade. Esses dados contêm data da última menstruação e outros pontos importantes a serem tratados. Isso ajuda a ampliar a cobertura e as captações precoces, além de também organizar o trabalho para que as puérperas sejam acolhidas tanto pelo médico como pela enfermeira nos primeiros sete dias depois do parto. Neste

aspecto, os ACS têm papel importante, devendo estar munidos de informações sobre suas gestantes e sobre as datas do parto para assim garantir um atendimento de qualidade.

A prevenção ao câncer de colo de útero e coleta de exames preventivos é realizada pela enfermeira uma vez por semana, em só turno, com agendamentos prévios. Os atendimentos são registrados de forma adequada em um livro de registros. As usuárias são orientadas a voltar para consulta uma vez que tenham o resultado, para que se possa oferecer um acompanhamento adequado, mas nem todas cumprem as orientações e demoram muitos meses para voltar e ter novas orientações de acordo com o resultado do exame. Essa é uma das maiores dificuldades que temos, pois os resultados, às vezes, demoram até 5 meses para chegarem à unidade, isso é um ponto para ser discutido entre os profissionais da unidade e a Secretaria de Saúde do município, pois esta demora na entrega de exames pode prejudicar às mulheres que estiverem com alguma alteração.

Estamos trabalhando muito forte neste sentido, e tanto nas consultas como nas visitas domiciliares a equipe desenvolve atividades de orientação para aquelas usuárias que não realizam este exame de forma periódica, além de identificarmos as que nunca fizeram, sempre explicando a importância do diagnóstico precoce. Não temos mulheres fora da área de cobertura fazendo acompanhamento na unidade. Temos protocolo para atendimento de câncer de colo de útero e temos arquivo específico para o registro dos resultados.

Com relação à cobertura e aos indicadores de qualidade temos 865 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos com cadastro de 100% (865) das mulheres. Destas, 100% (865) estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis, também tiveram exames coletados com amostra satisfatórias e nenhuma está com exame citopatológico de câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 70% (607) das mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero, mas 23% (200) dos exames citopatológico para câncer de colo de útero apresentaram resultados alterados como epitélio glandular positivo para células descamativas, displasia de colo uterino leve, moderado e severo como sequela de HPV e outras doenças de transmissão sexuais como Gardenelha e Trichomoníase.

Com relação a controle de câncer de mama, realizamos consulta com orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade e controle de peso corporal. São realizadas ações sobre os malefícios do consumo de álcool, de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, incluindo autoexame da mama e solicitação de mamografia. Não temos mulheres fora da área de cobertura de nossa UBS fazendo acompanhamento na unidade.

O tipo de rastreamento do câncer de mama é oportuníssimo. Os atendimentos das mulheres que realizam mamografias são registrados somente em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle de câncer de mama. Tudo isso impossibilita o conhecimento da profundidade dos resultados, mas estamos trabalhando muito forte neste sentido, planejando estratégias para aumentar os indicadores deste programa. Quanto à cobertura e indicadores de qualidade temos como estimativa pelo CAP um total de 259 mulheres e, destas acompanhamos para prevenção de câncer de mama a 100% (259) das mulheres entre 50 e 69 anos, 100% (259) está com mamografias em dia, nenhuma está com mais de 3 meses em atraso, e 9% (24) possui avaliação de risco e 100% (259) recebeu orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Em relação a usuários hipertensos, as medicações são prescritas para três meses, assim asseguramos que o usuário retorne para um próximo atendimento. Nosso trabalho é facilitado porque a equipe tem noção dos valores normais da pressão arterial e glicemia dos usuários da unidade. Além disso, ocorre busca ativa por usuários pelos ACS.

Temos um total estimado de 713 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 51% (361) dos hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado a 100% (192) das pessoas com hipertensão acompanhadas, receberam orientações sobre prática de atividade física regular e orientações nutricionais para uma alimentação saudável, estão com os exames complementares periódicos em dia, possui avaliação de saúde bucal e nenhuma está em atraso das consultas em mais de sete dias.

Realizamos atendimento de adultos portadores desta doença duas vezes por semana, em um só turno, sendo realizados pelo médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS e durante as visitas domiciliares. Nas consultas, as ações são dirigidas a fomentar hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, prática regular de atividades físicas e sobre os malefícios do tabagismo. Sempre explicamos aos usuários como reconhecer sinais de complicações da HAS. Além disso, são desenvolvidas ações no cuidado aos usuários hipertensos como, por exemplo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de saúde, de problemas bucais, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Sempre se diz a data da próxima consulta.

Além das consultas programadas para acompanhamento de usuários hipertensos, existe demanda de adultos para atendimento de problemas agudos, mas não em excesso. Também temos usuários de fora da área de cobertura da nossa UBS fazendo acompanhamento na unidade. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, existe arquivo específico para os registros de hipertensos. Também temos protocolo de atendimentos para adultos portadores de HAS.

Com relação ao cuidado dos usuários com Diabetes Mellitus (DM), ofertamos atendimentos aos adultos portadores de DM em dois turnos, pela manhã sendo que nas consultas sempre ações de promoção de hábitos saudáveis, controle de peso corporal, prática regular de atividades físicas, orientações sobre os malefícios do tabagismo são priorizadas. Este acompanhamento é realizado pela médica, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem e ACS. Nas consultas são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. A equipe tem conhecimento sobre o estado dos valores de pressão arterial e glicemia dos usuários atendidos na unidade. Os usuários saem com a próxima consulta programada. Além das consultas programadas, existe demanda de adultos para atendimento devido a problemas agudos, mas não em excesso.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, temos protocolos de atendimentos de diabéticos e arquivo específico para os registros dos atendimentos. Não há profissionais que se dediquem ao planejamento,

gestão e coordenação das ações dispensadas aos usuários com DM, às vezes faltam os medicamentos para estas doenças e os resultados dos exames demora muito para retornar à UBS. Além disso, em todas as consultas, todos os dias, faço busca ativa de HAS e DM, ou seja, todo o usuário que é atendido também é investigado quanto a fatores de risco, para diagnosticar precocemente estas doenças

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 55% (113) do total estimado de 204 diabéticos para a área segundo o CAP. A 100% (113) foi realizada estratificação de risco cardiovascular, estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possui registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, receberam avaliação de saúde bucal e nenhum está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Com relação à atenção à saúde dos idosos, a UBS realiza atendimentos de idosos três dias da semana, em um turno, neste atendimento participam o médico clínico geral, a enfermeira, o odontólogo, as técnicas de enfermagem e os ACS, e após à consulta o idoso sai da UBS com o retorno programado e agendado. Temos usuários idosos fora da área de cobertura da UBS em acompanhamento na unidade. Nas consultas são desenvolvidas ações no cuidado aos idosos, tais como imunizações, promoção de atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Temos protocolo de atendimento para idoso, mas sempre se realiza uma atenção de qualidade para eles. Também se utilizam protocolos para regular o acesso os idosos a outros níveis do sistema de saúde.

Sempre explicamos ao idoso e/ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência em idosos, tais como HAS, DM e depressão. Os atendimentos dos idosos são registrados nos prontuários, fichas de atendimento odontológico, fichas-espelho de vacinas, caderneta de saúde da pessoa idosa. Esta caderneta é solicitada e preenchida em cada consulta por todos os profissionais da UBS, atualizando todas as

informações como vacinas, controle de Pressão Arterial (PA), peso, glicemia, assim como a data da próxima consulta programada segundo o calendário do ministério de saúde.

Não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos e seria importante sua existência para verificar idosos faltosos ao retorno programado, identificar idosos de risco, procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas, entre outras coisas. Também não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, o que é essencial para que a equipe possa planejar e avaliar qualquer ação programática da unidade.

Quanto à cobertura de atenção ao Programa dos idosos acompanhamos 372 idosos perfazendo 100% da estimativa de pessoas com 60 anos ou mais, mas acreditamos que há mais idosos em nossa área e para isso precisamos finalizar o cadastramento. Dentre os acompanhados, 61% (226) dos idosos são hipertensos e 16% (61) dos idosos são diabéticos. Um total de 100% (372) dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa, possui avaliação de risco para morbimortalidade realizada, receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, sobre a importância da realização de atividades físicas regulares, possui avaliação de saúde bucal e estão com o acompanhamento em dia, mas nenhum possui Avaliação Multidimensional rápida e nem investigação de indicadores de fragilização na velhice.

Analisando em sentido geral verificamos que existem potencialidades e limitações que ainda estão por resolver-se, por exemplo, limitações em relação aos medicamentos definidos no elenco de referência nacional de medicamentos na atenção básica, pois somente contamos com medicamentos essenciais, temos falta de antibióticos importantes, medicamentos para doenças crônicas como HAS e DM, entre outros, não contamos com testes diagnósticos a fresco de secreção vaginal, de gravidez, nem para a detecção de alterações patológicas na urina, com relação a atenção aos usuários idosos não temos avaliação multidimensional rápida, nem indicadores de fragilização na velhice, nem contamos com protocolo para eles, mas temos potencialidades como aumento do número de consultas de puericultura, a atenção pré-natal, diminuimos ao mesmo tempo o número de atendimentos por demanda espontânea e existe uma melhoria em termos das

consultas programáticas e ampliamos o número de horas em que a UBS permanece aberta para atendimento à população. Está sendo desenvolvido um acolhimento com qualidade, sempre com uma escuta adequada, evitando diferenciações injustas, realizando avaliação e estratificação de risco e priorizando aquelas situações de urgência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Por meio da realização do relatório comprovo que os maiores desafios que tenho pela frente são, em primeiro lugar, melhorar os indicadores de saúde do município, e, sobretudo, de minha população; segundo, fortalecer a prevenção e promoção da saúde, terceiro, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, trabalhando sobre os fatores de riscos, fortalecendo o trabalho educativo nos grupos com maior risco que são os adolescentes, consumidores de drogas, de álcool, também organizar os atendimentos dos usuários idosos e garantir uma avaliação de risco, fazer promoção e captação para as consultas de puericulturas e pré-natal entre outros.

Acredito que como trabalho no dia-a-dia, especialmente com a união da equipe, conseguiremos que a atenção básica de saúde seja um sucesso no Brasil. Após fazer um análise situacional exaustiva e detalhada durante várias semanas em minha UBS, considero que em relação a tarefa da segunda semana de ambientação sobre a situação da ESF-APS em meu serviço existe uma grande diferença, pois agora tenho outra visão já que muitas coisas mudaram, e através desta análise abordei muitas temáticas de interesse que me permitiu refletir sobre a importância do conhecimento de minha população e seus problemas, condições culturais, econômicas e sociais, podendo-se observar algumas potencialidades de mudanças como por exemplo, a partir do novo cadastramento a equipe encontra-se muito mais engajada com a população adstrita, realizando a busca ativa daquelas pessoas que precisam de atendimento domiciliar, além de identificar e orientar a outros que precisam de atendimento imediato, estamos trabalhando forte para melhorar as formas de registros de todas as ações desenvolvidas na UBS, já foram reorganizados os arquivos para o armazenamento dos prontuários, mais ainda continuamos trabalhando neste sentido, O número de reuniões da

equipe foi ampliado, onde construímos a agenda de trabalho, organizamos os processos de trabalho, discutimos casos clínicos que foram visto durante a semana e os casos que trazido pelos ACS.

Em minha UBS apesar de não contarmos com as condições estruturais favoráveis, nossa equipe tem intensificado e fortalecido as ações educativas que anteriormente a população não dava importância, Estas ações tem fomentado um vínculo mais estreito entre a equipe de saúde e a população, agora me sinto com mais capacidade para poder planejar ações encaminhadas a melhorar a saúde da população e por meio de um trabalho muito forte e longo tenho certeza de que todos juntos vamos alcançar resultados muitos positivos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O conhecimento da HAS e do DM é muito importante, porque esses são fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares e constituem-se na principal causa de morte da população brasileira por meio da cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência renal e retinopatia. A adequada percepção desses riscos e a necessidade de uma atenção de qualidade obrigam a fazer uma estratégia com medidas de atenção, educação e promoção de saúde, especialmente antes do surgimento de complicações. No Brasil, essa tarefa é específica da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde V Paulo VI está localizada no anexo do Hospital Regional do Seridó (SESP) no bairro Paulo VI na cidade de Caicó, RN. Conta com a força de trabalho de ACS, ASG, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Odontológico, Enfermeiro, Dentista, Administradora e apenas um Médico pertencente ao Programa Mais Médicos. Conta com a estrutura física composta por três consultórios (médico, enfermeiro e odontólogo), sala de vacina, sala de curativos quatro banheiros dois para cada sexo e com acessibilidade, copa, almoxarifado, sala dos ACS e sala de espera. Dessa forma, a estrutura e a força de trabalho contribuirá para a implementação do projeto.

A HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos enquanto que o DM atinge a população em todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Segundo as estimativas do CAP temos 713 Hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS. Destes, 361 (51%) são acompanhados pelo serviço de saúde. E quanto aos Diabéticos temos uma estimativa de 204 sendo acompanhados apenas 113

(55%). Estes números podem estar atrelados à região descoberta da área de abrangência que possui um elevado número de usuários que possuem estas patologias. Na UBS não são realizadas ações programadas para esse público, há apenas atendimentos ambulatoriais pela enfermeira e pela médica especializanda.

A ação tem um grau de importância grande visto que esse grupo é o mais populoso da UBS e por ter ainda um grande número de usuários que não foram cadastrados que pertencem a esse grupo. Assim, é importante tomar medidas de orientações e controle, por isso investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes agravamentos da patologia. As complicações crônicas podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas e são geralmente assintomáticas na maioria dos casos com difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudanças nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo e necessidade de acompanhamento pela equipe (BRASIL, 2001).

É possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido. Serão envolvidos no projeto toda a equipe da unidade desde os ACS que serão responsáveis pela busca ativa desses usuários, técnicos com triagem aferindo a pressão arterial e medindo a dosagem glicêmica e a enfermeira e eu (médica) realizando as consultas e dando as orientações. Os fatores de risco tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo são comuns, mesmo assim o tratamento não medicamentoso como as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas às situações. Ambas são doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente (LESSA, 2004).

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Paulo VI, Caicó/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

O trabalho trata de um projeto de intervenção em saúde que será realizado na USF Paulo VI, no município de Caicó/RN, no período de 16 semanas, entre janeiro e abril de 2015. Participarão da intervenção estimadamente 523 pessoas com hipertensão e 129 pessoas com diabetes mellitus, todos maiores de 20 anos e residentes na área de abrangência da UBS. As ações estarão em compatibilidade com os eixos pedagógicos propostos pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Toda a equipe de Saúde da Família participará da intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 80% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente todas as fichas-espelhos para verificar o número de hipertensos e/ou diabéticos incluídos no programa.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Detalhamento: Acordar com a equipe o registro nas fichas-espelho do Programa e verificar as fichas para avaliara completude dos dados. Estabelecer com a equipe que todos os usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus que chegarem à unidade básica sejam acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenha consulta agendada.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do

hemoglicoteste na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria de Saúde a disponibilidade de material necessário (esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas, hemoglicoteste) para garantir a verificação da pressão arterial nos usuários hipertensos e a medida de glicose em usuários diabéticos.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e do diabetes.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além de realizar reunião com a comunidade para informar sobre o Programa e serão realizadas ações de promoção à saúde no âmbito da unidade e na comunidade para informar sobre a importância da verificação da pressão arterial uma vez por ano em maiores de 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial e/ou diabetes. Realizar palestras e atividades educativas sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou do diabetes mellitus.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da

unidade de saúde. Realizar reunião de capacitação para as técnicas de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização de forma criteriosa do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas-espelho a realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião da equipe para delimitar as funções e atribuições de cada membro na realização do exame clínico integral dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais. Disponibilizar versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, n. 37 (BRASIL, 2013b) e no Caderno da Atenção Básica de Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, n. 36 (BRASIL, 2013a). Acordar com a equipe o calendário de atividades de atualização dos membros da equipe. Imprimir a versão atualizada do protocolo de atenção aos hipertensos do Ministério da Saúde, e disponibilizar para acesso da equipe.

Engajamento público

Ação: Orientar aos usuários e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizar atividades educativas na unidade e na comunidade e utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade (rádio, jornal), para divulgar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para explicar aos membros da equipe a realização do exame clínico correto e integral.

Metas 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, o número de hipertensos e/ou diabéticos com os exames solicitados de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão arterial e/ou de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Diabetes mellitus. Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, o número de hipertensos e/ou diabéticos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Acordar com a equipe os exames a serem solicitados e qual a periodicidade de solicitação, e solicitar ao gestor de saúde a disponibilidade de requisição suficiente para garantir a solicitação de exames. Realizar reunião com o gestor onde será solicitada uma estratégia eficiente de marcação e realização de exames. Acordar com a equipe uma forma de sinalizar os exames a serem solicitados e qual o período em que devem ser solicitados.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus sobre a importância de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para explicar a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares.

Metas 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se existem na Farmácia Popular.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluído validade) de medicamentos. Manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Detalhamento: Será realizada pela equipe a verificação da validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e

a disponibilidade suficiente para o próximo mês. Cada ACS terá a lista dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes cadastrados na unidade de saúde, com seus dados e a medicação que usam, para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus para explicar sobre o direito de obter medicações disponíveis na Farmácia Popular.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou do diabetes mellitus. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o tratamento da hipertensão e/ou do diabetes mellitus. Realizar reunião de capacitação da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular

Metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, o número de hipertensos e/ou diabéticos avaliados com necessidade de atendimento odontológico. Acordar com a equipe a inclusão da avaliação da necessidade de atendimento odontológico no exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos, além de realizar acolhimento aos hipertensos que buscam atendimento odontológico.

Discutir com a odontólogo a destinação de vagas para o atendimento de hipertensos e/ou diabéticos provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade explicando a importância da realização dos exames bucais nos pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer como fazer a correta avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 3: **Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

Metas 3.1 e 3.2: **Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, se os hipertensos e/ou diabéticos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão organizadas, pela equipe, visitas domiciliares aos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, para verificar causa e agendar

nova data de atendimento. Será organizada a agenda para a acolhida dos usuários faltosos e que foram reagendados.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou de diabetes mellitus (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a importância da realização das consultas. Realizar reunião com a comunidade para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos hipertensos e/ou diabéticos às consultas. Realizar reunião com a comunidade para informar a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação dos ACS para que conheçam a periodicidade de realização das consultas e orientem adequadamente os hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas-espelho para avaliar a qualidade dos registros dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Coletar as informações com as ACS para envio mensal à secretaria municipal de saúde. Será combinado com a equipe o registro nas fichas-espelho. Será eleita, em reunião, uma pessoa da equipe responsável pelo monitoramento dos registros. Definir sinalizações na ficha-espelho para a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

Detalhamento: Realizar orientação em reunião com a comunidade e com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos. Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos

Objetivo 5: Mapear pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Verificar as fichas-espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Estabelecer prioridade para aqueles usuários com alto risco, assim como será organizada a agenda para garantir estes atendimentos.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Os membros da equipe serão capazes de orientar os usuários em consultas e em atividades educativas sobre o risco que tem e a importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Orientar em reunião com a comunidade e em reuniões do grupo de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus sobre os fatores de risco, e sobre a importância do adequado controle dos fatores modificáveis, assim como através de meios de comunicação como rádio.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a importância do registro desta avaliação. Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Formar um grupo de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus e familiares e outros interessados, para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, com encontro mensal. Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional nutricionista para apoiar o grupo.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar palestras no âmbito da comunidade e na unidade sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável. Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Formar um grupo de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus e outros interessados, para realizar atividade física regular, duas vezes por semana. Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional educador físico para apoio nesse grupo

Engajamento público

Ações: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades de orientação no âmbito da comunidade e da unidade de saúde, orientando a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular. Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor na qual será solicitada a compra da medicação necessária para o tratamento e abandono ao tabagismo.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Informar em consultas, sala de espera, grupos e através de rádio, a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas-espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será disponibilizado o tempo médio de consulta de 30 minutos para garantir as orientações individuais.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar em consultas, salas de espera e atividades educativas grupos, sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre higiene bucal, para que a equipe conheça e seja capaz de orientar os usuários.

2.3.2 Indicadores

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 5: Mapear pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus adotaremos como referência os Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus, nº 36 (BRASIL, 2013a) e Hipertensão arterial, nº 37 (BRASIL, 2013b), que serão impressos e disponibilizados para acesso da equipe. Utilizaremos também a ficha-espelho disponibilizada pelo curso (Anexo C), que contém todas as informações necessárias ao monitoramento da intervenção, assim como manteremos os registros em prontuários clínicos. Esperamos alcançar 566 hipertensos e 164 diabéticos. Logo, faremos a impressão de cerca de 700 fichas-espelho na Secretaria de Saúde. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B).

As fichas-espelho ficarão dispostas na sala de triagem da USF, organizadas em uma pasta, dispostas por micro-áreas, de modo que toda a equipe tenha acesso quando necessário, e serão retiradas no momento do atendimento ao usuário, para registro das informações, de modo que oriente o profissional que fará o atendimento para não esquecer de realizar todos os procedimentos clínicos. Para tanto, haverá sinalizações nas fichas como a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. As fichas serão verificadas uma vez por semana, por profissional eleita em reunião de equipe para tal, neste caso a enfermeira, que levantará os dados e inserirá na planilha eletrônica. Ao final de cada mês será realizada a avaliação dos indicadores para apresentação à equipe.

A construção do projeto foi realizada de forma conjunta com toda a equipe, mas iniciaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o Projeto finalizado, rotinas estabelecidas, e o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, inclusive dos procedimentos clínicos e do risco cardiovascular. Para isso, será realizada uma primeira reunião de capacitação, coordenada pela médica. Logo após esse momento, a enfermeira reunirá-se com os ACS para discutir o cadastramento de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus de toda área de

abrangência da unidade de saúde, e para orientar sobre a periodicidade da realização das consultas, para orientarem adequadamente às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, enquanto a médica fará a capacitação das técnicas de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito, e sobre a realização de forma criteriosa dos hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Nesse mesmo dia será definida a escala dos membros da equipe para a participação no programa da rádio da comunidade e para as atividades de sala de espera.

Na segunda semana haverá a segunda reunião de capacitação da equipe, coordenada pela médica e odontólogo, onde serão abordados os Cadernos da Atenção Básica n. 36 e n. 37, sendo que cada membro da equipe lerá uma parte e levará para debater o que entendeu. Também serão abordados o tratamento da hipertensão e diabetes, o exame clínico correto e integral, com o estabelecimento das funções e atribuições de cada membro na realização do exame, a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares, a estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus, higiene bucal, e acolhimento aos usuários que buscarem atendimento odontológico. Nessa ocasião, o odontólogo orientará sobre a destinação de vagas para o atendimento de usuários provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

E a terceira reunião de capacitação da equipe ocorrerá na terceira semana de intervenção, será conduzida pela médica e enfermeira, e serão abordadas as estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis, as práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de usuários tabagistas, metodologias de educação em saúde, e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular. Ao final desse ciclo de capacitações, será acordado com todos os membros a periodicidade de atualização da equipe.

Os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus que chegarem à Unidade serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não

tenham consulta agendada. Serão disponibilizadas 15 vagas semanais para os casos que demandam agendamento, com garantia do atendimento imediato dos casos agudos. Será estabelecida prioridade para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus com alto risco, com organização da agenda para garantir esses atendimentos. Todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da área de abrangência da unidade de saúde serão cadastrados pelos ACS.

As consultas terão o tempo médio de 30 minutos para garantir as orientações individuais. Os usuários faltosos às consultas serão buscados pelos ACS ao final de cada semana, para verificar causa e agendar nova data de atendimento. Estima-se a busca de 5 usuários por semana, totalizando 20 por mês.

A farmacêutica da equipe verificará a validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade suficiente para o próximo mês, de modo que o tratamento não seja interrompido por falta de medicamentos. Para isso, será utilizada uma lista que cada ACS terá, com os dados dos usuários e a medicação que fazem uso para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Ao final de cada mês, serão coletadas as informações referentes ao SIAB com as ACS, para envio à secretaria municipal de saúde, de modo a deixar esse sistema sempre atualizado.

Para promover o engajamento público, serão realizadas duas reuniões com a comunidade, utilizando os meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade – rádio e jornal, e atividades de sala de espera e serão formados dois grupos com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, seus familiares e demais interessados: um para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, e outro para realizar atividade física regular.

As reuniões com a comunidade ocorrerão no primeiro e no terceiro mês de intervenção, no espaço da comunidade. Faremos contato com os representantes da comunidade e o líder da igreja da área de abrangência, serão conduzidas pela médica com outros membros da equipe. A primeira reunião será para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância da realização das consultas e exames complementares com a periodicidade preconizada, a importância de realizar avaliação da saúde bucal das pessoas com

hipertensão e/ou diabetes mellitus, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso e os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. A segunda reunião será para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos hipertensos e/ou diabéticos às consultas, esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, orientar sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

O rádio e o jornal da comunidade também serão utilizados para difundir essas informações, assim como para informar a comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial anualmente a partir dos 18 anos e para orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A equipe fará participação na rádio uma vez por semana, com um ou dois membros por dia, com escala previamente definida em reunião de equipe. Além disso, será enviado um pequeno texto, escrito pela médica, pela enfermeira ou pelo odontólogo, com orientações para ser publicado no jornal da comunidade, sobre os mesmos temas descritos acima, duas vezes por semana.

Nos dias de atendimento prioritário aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus serão realizadas atividades de sala de espera, pelas ACS, médica, enfermeira e odontólogo, com duração de cerca de 15 minutos, para abordar a importância de medir a pressão arterial anualmente a partir dos 18 anos, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, os riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, nível de risco e importância do acompanhamento regular, importância da alimentação saudável e prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a

importância da higiene bucal. A escala também será definida previamente em reunião de equipe.

Serão formados dois grupos com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, seus familiares e demais interessados. O grupo de práticas de alimentação saudável será coordenado pela médica e enfermeira, e se reunirá uma vez por mês na Unidade. Já o grupo de atividades físicas será coordenado pelas ACS e se reunirá duas vezes por semana, no início da manhã, para realizar atividades físicas. Esperamos ter o apoio de profissional nutricionista e educador físico, o que ainda será discutido com o gestor de saúde. Os grupos serão aproveitados também como espaços de orientação aos usuários quanto à necessidade de realização de consultas e exames complementares e periodicidade preconizada, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, e seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.

Para garantir a disponibilidade de insumos e materiais, a médica da Unidade fará uma reunião com o gestor municipal de saúde, para solicitar 3 esfigmomanômetros, 3 manguitos, 5 fitas métricas, 4 kits de materiais para hemoglicoteste, formulários de solicitação de exames, e a compra da medicação necessária para o tratamento e abandono ao tabagismo. Além disso, também serão discutidas estratégias de marcação e realização de exames, e a disponibilização de profissionais nutricionista e educador físico para apoiar os grupos de atividade educativa e prática de atividade física.

O odontólogo da equipe revisará a situação da realização dos atendimentos odontológicos, organizando sua agenda para realizar as consultas de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus de acordo com as necessidades e segundo o estabelecido nos protocolos de atendimento, com um número estimado de 15 atendimentos à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus por semana, finalizando 60 avaliações por mês.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Reunião de capacitação da equipe.	x	x	x													
Implantação de ficha-espelho.	x															
Estabelecimento das atribuições de cada profissional da equipe na ação programática, incluindo realização de exame físico.		x														
Cadastramento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da área de abrangência da unidade de saúde pelos ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Acolhimento e atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus para inclusão no Programa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa dos usuários faltosos às consultas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Verificação das fichas-espelho para coletar as informações e inserir na planilha eletrônica de monitoramento.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Verificação da validade dos medicamentos e pedido mensal de medicamentos pela farmacêutica.				x				x				x				x
Coleta de informações referentes ao SIAB com as ACS, para envio à secretaria municipal de saúde.				x				x				x				x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização das ações procuramos seguir o cronograma estabelecido no projeto desde o primeiro dia se definiu o papel de cada integrante em cada uma das ações programadas, ainda na primeira semana com um pouco de trabalho mais se conseguiu realizar a organização do arquivo, viabilizando o acesso aos prontuários das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. Realizamos as capacitações da equipe utilizando os protocolos do Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica n 36).

Realizamos capacitação quanto ao registro adequado dos dados, e preenchimento da ficha-espelho, que foram preenchidas pelo médico a enfermeira, e pelas técnicas de enfermagem, as fichas posteriormente foram arquivadas de forma separada da ficha de atendimento/prontuários, mantendo o mesmo número do prontuário que coincidia com a ficha de cada usuário hipertenso e/ou diabético. No começo o seu preenchimento foi bastante demorado, mas com o tempo houve mais agilidade por parte dos profissionais. Um momento importante para a intervenção foram as reuniões da equipe as quais se realizaram mensalmente, onde se avaliou a situação atual da qualidade dos registros nas fichas e prontuários, o livro de acompanhamento e toda a documentação adequada para a intervenção. Nestas reuniões se realizava as capacitações dos ACS para atualização do cadastramento, busca ativa de usuários com controle em atraso e com fatores de risco para HAS e DM, o qual se orientava em todas as reuniões. Realizou-se capacitação para a técnica correta de aferição da pressão arterial e de realização de hemoglicoteste e

para aferir pressão arterial em todas as consultas, as pessoas com fatores de risco para HAS e DM conforme protocolo, outra ação importantíssima foi o acolhimento e atendimentos de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus de acordo ao protocolo de atenção, isto foi realizado todos os dias, mas em várias ocasiões não me senti muito contente já que não compareciam todos os usuários agendados pelos ACS às consultas, o que atrapalhava um pouco o desenvolvimento da intervenção, e então tínhamos que tomar estratégias para recuperar estes usuários faltosos, outra dificuldade que nos atrasou um pouco foi a chegada de uma nova enfermeira já que a nossa quase não fez atendimentos o importante para nos foi que já ela tinha experiência nesses trabalhos e a enfermeira no processo da entrega falou para ela a respeito da intervenção que a equipe estava realizando, outra ação que não foi cumprida foi a realização de educação sobre saúde bucal dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus, assim como a avaliação e atendimentos priorizados para estes usuários, entretanto tivemos bastante dificuldades com respeito ao tratamento odontológico devido a resistência deles, já que não queriam comparecer a esta consulta, alguns por medo, outros porque precisam de próteses e em nossa unidade não se oferece este serviço, O qual não se oferece em nenhuma unidade de saúde, pelo fato do município não ter um centro de especialidade odontológica, somente é ofertado em clinicas particulares onde minha população por ser uma comunidade muito carente não tem recursos para receber estes serviços, mas eu não me dei por vencida e lutei muito forte junto com toda a equipe e conseguimos mudar a mentalidade deles com respeito a estas consultas, conseguimos alcançar as metas propostas. Também foram capacitados os profissionais para avaliação de risco, orientação nutricional, prática de exercício físico e controle de fatores de risco. Tendo identificado 100% das pessoas com fatores de risco para HAS e/ou DM.

Em várias ocasiões mantivemos contatos com as lideranças comunitárias sempre com o apoio dos ACS os quais eram os responsáveis de agendar a todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus para cada semana, e tinham um controle em um caderno de quais não assistiam a consultas, para a equipe continuar realizando visitas domiciliares para que não ficasse nenhum hipertenso e/ou diabético sem o acompanhamento oportuno.

Outra ação importante foi a de informar a população sobre HAS e DM através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão no tratamento, aqui tiveram um papel muito importante as lideranças da comunidade os quais ofereceram muito apoio durante toda a intervenção e se mostraram sempre com muito interesse e entusiasmo, também o locutor da rádio em uma ocasião mandou um carro de som passar na comunidade com o objetivo de divulgar na comunidade o nosso projeto de intervenção, o qual permitiu que muitos destes usuários se integrassem aos grupos destas doenças. Nossa UBS, apesar de ser um local adaptado que não reúne as condições estruturais de Unidade de saúde sempre aproveitou os espaços e os diferentes momentos de atendimentos para informar a população sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mm Hg, assim como ofereceu informação a população sobre o funcionamento do serviço, monitoramento e garantia de seus direitos.

Uma ação importante que vários profissionais estiveram envolvidos foi a de estabelecimento da estratificação do risco cardiovascular aos hipertensos e dar acompanhamento diferenciado para eles, priorizando aqueles de maior risco, e como quase rotina já do trabalho a todos os usuários maiores de 18 sempre se orientou quanto a fatores de riscos, sinais de alerta e prevenção e estilos de vida saudáveis para Hipertensão e/ou Diabetes. Neste caso sempre priorizamos as técnicas de enfermagem.

Uma ação que se realizou com muito sucesso foi a divulgação do projeto, já que teve o privilégio de poder contar com o apoio da rádio local onde os dois primeiros dias de todas as semanas um programa de notícias sempre divulgava o projeto de intervenção da UBS Paulo VI, o locutor mencionou os nomes de todos os profissionais que estavam trabalhando no projeto, seus objetivos e metas, fez entrevistas tanto a profissionais os quais em algumas ocasiões ofereceram palestras educativas de temas de interesse, assim como a usuários e isto deu resultados positivos, além disso também divulgamos nas consultas, nas visitas

domiciliares através dos ACS, nos diferentes locais os demais profissionais, como a enfermeira, o dentista, por meio das lideranças comunitários, entre outros.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no cronograma foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldade em relação à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Quanto a incorporação à rotina do serviço das ações desenvolvidas durante a intervenção acreditamos que ao finalizarmos o Curso de Especialização em Saúde da Família, uma série de ações ficarão como rotina normal da UBS, o exemplo do acolhimento de todos os usuários priorizando as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e o seu atendimento seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, fez com que todos se sentissem mais protegidos e ouvidos em suas necessidades, também as palestras educativas, realizadas em diferentes cenários, tema diferentes e pelos diferentes integrantes da equipe foram indispensáveis em nosso trabalho. Os temas também eram abordados nas consultas, nas visitas domiciliares, nos grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. Também continuaremos trabalhando forte na educação sobre saúde bucal das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, neste caso os ACS se comprometerão a melhorar os controles sobre a assistência dos usuários a consulta, odontólogo se comprometeu em aumentar o número de atendimentos para garantir a avaliação das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus melhorando a qualidade de vida. Já está implantada a aferição da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste em pessoas com fatores de riscos para HAS e/ou DM, conforme protocolo por parte das técnicas de enfermagem no momento de triagem, para isto solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde para que aumentem os recursos necessários para manter com sucesso esta ação, e outra muito

importante que manteremos por ocasião da consulta individual será as orientações a todos os usuários quanto aos fatores de riscos, sinais de alerta, prevenção e mudanças de estilos de vida para hábitos saudáveis em pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, pois aumentando a atenção preventiva podemos alcançar a redução dos índices de incidência destas patologias elevando ao máximo a qualidade de vida dos usuários atendidos na atenção básica de saúde no Brasil.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Paulo VI do município de Caicó/RN possui uma população de 3441 habitantes com uma estimativa de 2305 pessoas com 20 anos ou mais representando 67% da população total. Para a área de abrangência da unidade há uma estimativa de 523 pessoas com hipertensão e 129 pessoas com diabetes mellitus. Na intervenção em saúde realizada durante 16 semanas tivemos a participação de 226 pessoas com hipertensão e 104 pessoas com diabetes. Com estes resultados ampliamos apenas a meta de cobertura a população com diabetes. A seguir apresentamos os objetivos e as metas com seus respectivos indicadores de cobertura e qualidade avaliados durante a intervenção realizada.

Objetivo 1– Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Ao longo do primeiro mês da intervenção cadastramos e avaliamos um total de 55 (10,5%) pessoas com hipertensão e um total de 26 (20,2%); no segundo mês avaliamos 110 (21,0%) hipertensos e 48 (37,2%) diabéticos; já ao

longo do terceiro mês alcançamos 170(32,5%) hipertensos e 73 (56,6%) diabéticos e finalizamos a intervenção no quarto mês com 226 (43,2%) hipertensos e 104 (80,6%) diabéticos cadastrados e avaliados conforme **Figuras 1 e 2**, respectivamente.

A meta estabelecida para cadastro e avaliação de pessoas com hipertensão não foi alcançada conforme previsto, mas a meta para cobertura das pessoas com diabetes foi alcançada conforme previsto, pois a mesma era alcançar a 80% tanto de hipertensos quanto de diabéticos. Entretanto, a equipe trabalhou intensamente para garantir bons resultados e estabeleceu o papel de cada profissional na ação programática, capacitou os profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos do protocolo e aspectos gerais do acolhimento aos hipertensos e seus familiares. O cadastramento foi realizado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência pelos ACS e aos familiares e comunidade em geral foi ofertado informações sobre a importância do programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, além da criação de um bom vínculo com os líderes comunitários que contribuíram na divulgação das ações durante a intervenção.

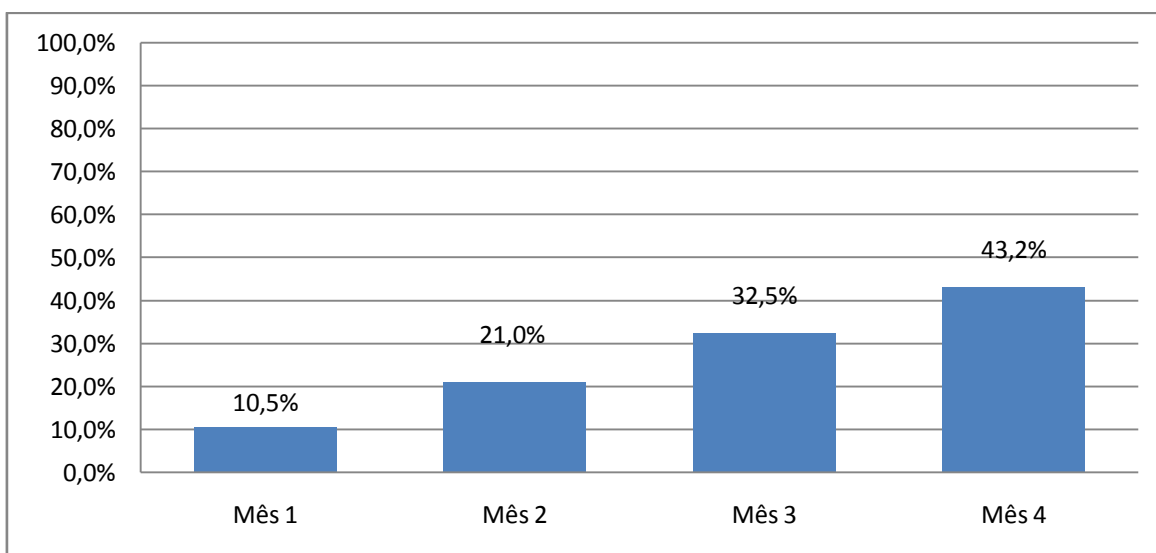


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó, RN, 2015.

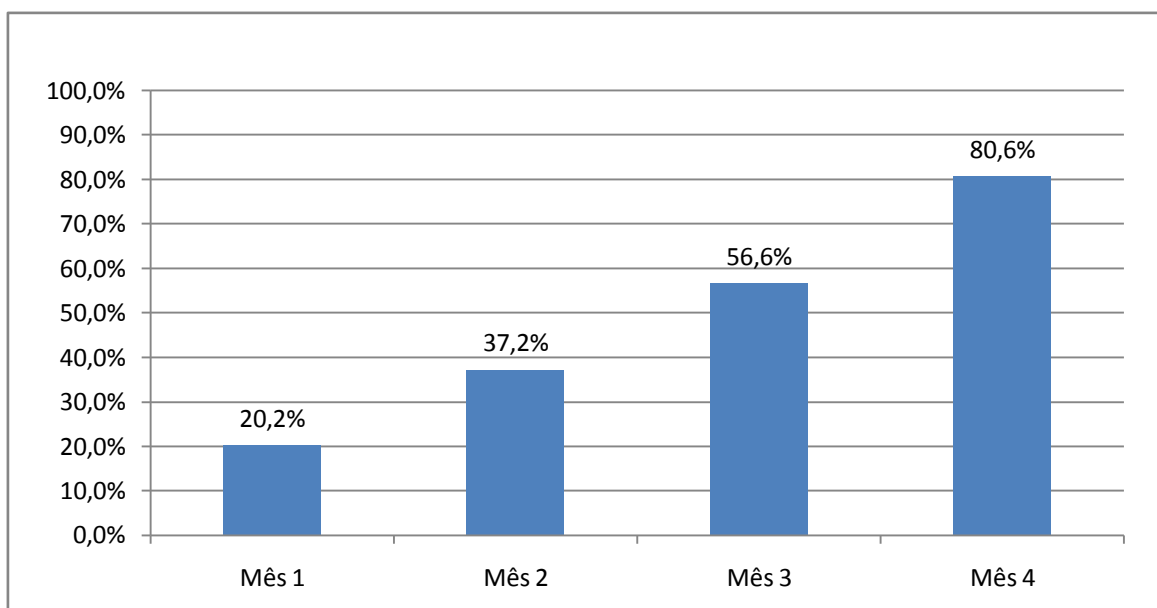


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó, RN, 2015.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante todas as semanas da intervenção, a médica e a enfermeira realizaram os exames clínicos segundo o protocolo em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que participaram da intervenção, durante o primeiro mês foram atendidos em consulta agendada 55 hipertensos e a todos foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo; no segundo mês foram atendidos 110 hipertensos, no terceiro mês 170 e no quarto mês 226 hipertensos com exame clínico apropriado, totalizando 100% durante todos os meses da intervenção. Ofertamos orientações durante a consulta individual na UBS e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial.

Todos os usuários diabéticos cadastrados também realizaram o exame clínico segundo o protocolo durante a consulta médica bem como durante a

consulta de enfermagem. Em todos os momentos o exame clínico foi realizado com a qualidade requerida além do preenchimento da ficha-espelho individual e lançamento dos dados na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Assim, ao longo do primeiro mês a 26 diabéticos foi realizado o exame clínico apropriado, no segundo mês 48 diabéticos, no terceiro mês um total de 73 diabéticos foram avaliados pelo exame clínico e concluímos a intervenção com 104 diabéticos com exame clínico apropriado realizado, perfazendo 100% de realização do exame ao longo de todos os meses da intervenção, cumprindo-se a meta proposta.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares de acordo com o protocolo foram realizados no laboratório da Secretaria Municipal de Saúde. Previamente realizamos uma reunião com os profissionais do laboratório sobre a intervenção a ser realizada e a importância da mesma para melhorar a atenção ao grupo alvo. Organizamos as ações de forma a não afetar as demais ações programáticas e as demais UBS, pois foram outorgadas 8 vagas diariamente para os usuários que participavam da intervenção.

Além disso, foi necessário combinar com a gestora municipal e os profissionais do laboratório particular para realizar também exames a este grupo de usuários com os recursos do SUS. Eles aceitaram, mas mesmo assim tivemos dificuldades, pois muitos não conseguiram realizar os exames complementares de acordo com o protocolo.

Assim, conforme **Figura 3**, no primeiro mês 30 (54,5%) hipertensos conseguiram realizar os exames complementares, no segundo mês 82 (74,5%) hipertensos os realizaram, no terceiro mês um total de 131 (77,1%) hipertensos e

no quarto mês 187 (82,7%) hipertensos os realizaram. Assim, não foi possível alcançar a meta de 100% proposta inicialmente.

A **Figura 4** apresenta dados referentes à realização dos exames complementares pelas pessoas com diabetes mellitus durante a intervenção. Assim, no primeiro mês 13 (50,0%) realizaram os exames complementares em dia conforme protocolo do MS, no segundo mês 35 (72,9%) diabéticos os realizaram, no terceiro mês um total de 58 (79,5%) diabéticos e durante o quarto mês da intervenção alcançamos 89 (85,6%) pessoas com diabetes mellitus com exames complementares realizados.

Realizamos monitoramento semanal das consultas e acompanhamento dos usuários avaliados por meio das fichas-espelhos.

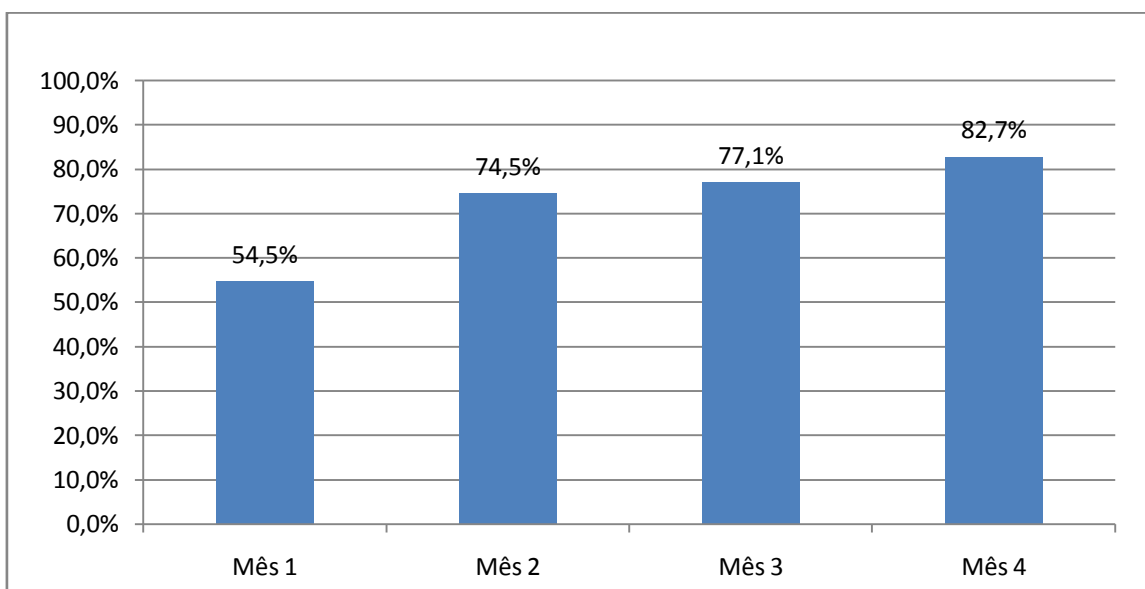


Figura 3 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó, RN, 2015.

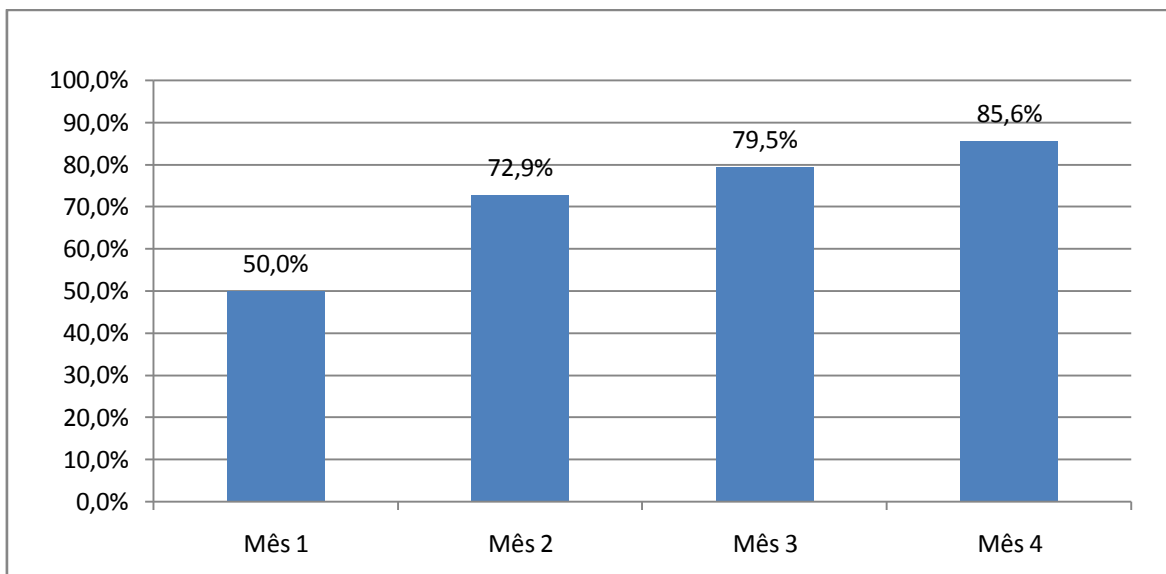


Figura 4 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Paulo VI, no município de Caicó, RN, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Alguns meses antes de iniciarmos a intervenção a farmácia popular priorizada do município não contava com medicamentos suficientes para satisfazer as demandas dos usuários. Em uma reunião realizada com a gestora e a coordenadora de saúde para apresentar nosso projeto a médica e a enfermeira relataram que precisávamos de medicamentos para os usuários. A gestora, na ocasião disse que já havia tomado providências para melhorar essa realidade.

Assim, 15 dias após foram atualizados os registros de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus do município, com o objetivo de enviar os medicamentos de três em três meses para a Farmácia. Diante disso, no primeiro mês 55 (100%), no segundo mês 110 (100%), no terceiro mês 170 (100%), no quarto mês 226 (100%) hipertensos estavam com a prescrição e em uso de medicamentos da farmácia popular perfazendo 100% dos hipertensos

cadastrados na unidade de saúde. Esta estratégia está funcionando muito bem até agora, além de uma farmácia do município também oferecer de forma gratuita os medicamentos para hipertensos, diabéticos. Assim, alcançamos a meta proposta.

Os diabéticos também passaram a ter prescrição de medicamentos da farmácia popular e a fazer uso da medicação. Assim, durante o primeiro mês 26 (100%) diabéticos estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 48 (100%) diabéticos, no terceiro mês um total de 73 (100%) diabéticos e concluímos a intervenção com 104 (100%) diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, alcançando assim a meta proposta.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Antes do início da intervenção (no mês de fevereiro) planejamos com a equipe odontológica da nossa UBS, durante as reuniões semanais, a necessidade de avaliar 100% dos usuários que participariam da intervenção. Assim, foram oferecidas 6 vagas diárias para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, além das 10 vagas já disponibilizadas para o dia de atendimento ao Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Assim, no primeiro mês 55 (100%) hipertensos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 110 (100%) hipertensos, no terceiro mês um total de 170 (100%) havia sido avaliados e no quarto mês alcançamos a 226 (100%) hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, alcançando a meta prevista.

Dos usuários diabéticos que participaram na intervenção, também 100% foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Assim, no primeiro mês 26 (100%) diabéticos foram avaliados, no segundo mês 48 (100%)

diabéticos, no terceiro mês um total de 73 (100%) e concluímos a intervenção com 104 (100%) diabéticos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Meta cumprida.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção, ao longo do primeiro mês 9 (100%) hipertensos e 8 (100%) diabéticos faltaram às consultas e foram buscados na totalidade, no segundo mês 12 (100%) hipertensos e 9 (100%) diabéticos faltaram e também foram buscados, no terceiro mês um total de 14 (100%) hipertensos e 12 (100%) diabéticos faltosos receberam busca ativa e no quarto mês mantivemos 14 (100%) hipertensos e 12 (100%) diabéticos faltosos com busca ativa realizada. As orientações fornecidas pelos ACS em cada visita domiciliar aos usuários, família e comunidade sobre a importância da realização das consultas contribuíram para o efetivo monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, com monitoramento semanal pela enfermeira e pela médica especializanda. Foi realizada a atualização do SIAB pela enfermeira e foram preenchidas as fichas-espelhos fornecidas pelo curso de especialização pela equipe e os dados foram tabulados na planilha de coleta de dados totalizando 100% dos registros de forma adequada tanto dos usuários hipertensos quanto dos usuários diabéticos acompanhados na unidade de saúde durante a intervenção.

Assim, no primeiro mês 55 (100%) hipertensos e 26 (100%) diabéticos estavam com os registros adequados na ficha de acompanhamento, no segundo mês 110 (100%) hipertensos e 48 (100%) diabéticos, no terceiro mês um total de 170 (100%) hipertensos e 73 (100%) diabéticos estavam com os registros adequados e no quarto mês 226 (100%) hipertensos e 104 (100%) diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Portanto, a meta foi alcançada.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante a intervenção foi realizada a estratificação de risco cardiovascular a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS. Assim, no primeiro mês 55 (100%) hipertensos e 26 (100%) diabéticos realizaram a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 110(100%) hipertensos e 48 (100%) diabéticos a realizaram, no terceiro mês 170 (100%) hipertensos e 73 (100%) diabéticos realizaram a estratificação e no quarto mês 226 (100%) hipertensos e 104 (100%) diabéticos realizaram a estratificação de risco cardiovascular em momento de atendimento individual por ocasião da consulta médica e aqueles que tiveram fatores de risco identificados foram orientados

sobre os mesmos e encaminhados ao serviço especializado para acompanhamento adequado.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Além das orientações oferecidas pela médica e pela enfermeira durante o atendimento à população alvo sobre alimentação saudável, foram realizadas palestras pela nutricionista com grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e seus familiares e com a comunidade sobre a importância de uma alimentação saudável. Realizamos avaliação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com sobrepeso e obesos encaminhando-os para acompanhamento pela nutricionista. Os ACS, nas visitas domiciliares, também orientavam aos usuários e família sobre os benefícios de uma alimentação balanceada.

Assim 100% dos hipertensos e/ou diabéticos receberam orientação nutricional saudável distribuídos ao longo do primeiro mês a 55 (100%) hipertensos e a 26 (100%) diabéticos, no segundo mês a 110 (100%) hipertensos e a 48 (100%) diabéticos, no terceiro mês a 170 (100%) hipertensos e a 73 (100%) diabéticos e no quarto mês a 226 (100%) hipertensos e a 104 (100%) diabéticos (100%) com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Meta alcançada.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Foram realizadas pela médica práticas coletivas para orientação de atividade física regular. O gestor de saúde envolveu um professor de educação física sendo efetivas as parcerias nesta atividade.

Assim 100% dos hipertensos e/ou diabéticos receberam orientação sobre prática regular de atividade física distribuídos ao longo do primeiro mês a 55 (100%) hipertensos e a 26(100%) diabéticos, no segundo mês a 110 (100%) hipertensos e a 48 (100%) diabéticos, no terceiro mês a 170 (100%) hipertensos e a 73 (100%) diabéticos e no quarto mês a 226 (100%) hipertensos e a 104 (100%) diabéticos (100%) com orientação sobre prática regular de atividade física. Meta alcançada.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para o cumprimento desta meta dos hipertensos a médica e enfermeira no atendimento aos usuários nas consultas agendadas orientaram sobre os riscos do tabagismo nos diferentes órgãos alvos e como precursor de muitos cânceres. Foram orientados todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Assim 100% dos hipertensos e/ou diabéticos receberam com orientação sobre os riscos do tabagismo distribuídos ao longo do primeiro mês a 55(100%) hipertensos e a 26 (100%) diabéticos, no segundo mês a 110 (100%) hipertensos e a 48 (100%) diabéticos, no terceiro mês a 170 (100%) hipertensos e a 73 (100%) diabéticos e no quarto mês a 226 (100%) hipertensos e a 104 (100%) diabéticos (100%) com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Para o cumprimento desta meta as orientações sobre higiene bucal aos usuários e seus familiares foram fornecidas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeiro e odontóloga. A odontóloga também participou das atividades comunitárias com palestras educativas sobre a adequada higiene bucal e a prioridade de atenção aos usuários, especialmente os diabéticos.

Assim 100% dos hipertensos e/ou diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal distribuídos ao longo do primeiro mês a 55 (100%) hipertensos e a 26(100%) diabéticos, no segundo mês a 110 (100%) hipertensos e a 48 (100%) diabéticos, no terceiro mês a 170 (100%) hipertensos e a 73(100%) diabéticos e no quarto mês a 226 (100%) hipertensos e a 104 (100%) diabéticos (100%) com orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção destes usuários com destaque para a ampliação dos exames clínicos para avaliação do risco de ambos os grupos.

A importância da intervenção para a equipe está principalmente na qualificação profissional. Antes do início da intervenção as atividades de atenção à Hipertensão e ao Diabetes eram concentradas na assistência médica e na enfermeira, mas a intervenção serviu para melhorar o trabalho multiprofissional e especificou as atribuições de cada membro da equipe, garantindo a atenção a maior número de pessoas. Além disso, a intervenção reforçou o vínculo entre equipe e usuários do serviço.

O serviço foi qualificado devido às ações implantadas. A melhoria do registro, agendamento de consulta às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e acolhimento da demanda espontânea ajudaram a organizar o processo

de trabalho, o que facilitou a organização geral. Uma vez realizada a classificação de risco da população alvo foi priorizado o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

A intervenção teve uma repercussão grande na comunidade, os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus ficaram muito satisfeitos com o acolhimento e atendimento realizado pelos membros da equipe e a prioridade nos atendimentos e realização de exames. A comunidade tomou conhecimento do objetivo da intervenção e aceitou na sua totalidade a prioridade dada a esta população alvo. Temos 226 pessoas com HAS e 104 com diabetes indicando uma cobertura de 43,2% e 80,6%, respectivamente. Isto significa que alcançamos a meta de cobertura de 80% para as pessoas diabéticas acompanhadas, porém não alcançamos a meta de cobertura prevista para as pessoas com hipertensão acompanhadas. Os usuários foram avaliados pelo odontólogo, orientados sobre alimentação saudável pela nutricionista, prática regular de atividade física, riscos proveniente pelo hábito do tabagismo, também foi realizado o risco de avaliação cardiovascular. A população faltosa às consultas passou a receber busca ativa pela equipe, melhorando a adesão ao tratamento.

Com a experiência adquirida, se fosse realizar a intervenção novamente, iria capacitar a todos os profissionais da equipe desde a Unidade 1 do curso durante as reuniões mensais. A orientação nas consultas e visitas domiciliares a toda a população de nossa área de abrangência sobre a importância da prioridade de realizar a intervenção visando melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus; além da incorporação da intervenção na rotina do serviço e ainda melhorar e implementar qualificação às diferentes atividades programáticas da nossa UBS.

A intervenção foi incorporada a rotina do serviço. A comunidade foi conscientizada sobre a necessidade de priorizar o atendimento aos usuários diabéticos e/ou hipertensos da nossa área de abrangência, trabalhamos com a mesma ficha-espelho e planilha de coleta de dados para os usuários que iniciaram o acompanhamento após concluída a intervenção, pois esta forma de registro permite monitorar todos os indicadores a serem avaliados.

No próximo mês pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos para alcançara a meta de 80% de cobertura chegando até 100%.

Tomando este projeto como exemplo, pretendemos iniciar o processo de qualificação na atenção à saúde da criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal,

Em fevereiro de 2015 foi iniciada a intervenção na Unidade Básica de Saúde do Bairro Paulo VI, na cidade de Caicó/RN. A intervenção foi realizada durante 16 semanas com o objetivo de melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, em que os usuários receberam um atendimento qualificado para reduzir ao máximo as complicações e sequelas ocasionadas pelas doenças, buscando contribuir para uma melhor qualidade de vida dos mesmos. Para o início da intervenção houve o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, a qual forneceu todos os materiais para a elaboração de oficinas e fichas-espelhos impressa.

A equipe de saúde da UBS Paulo VI composta por sete ACS, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma médica do “Programa Mais Médicos”, de nacionalidade Cubana, e de recente incorporação. A UBS ainda conta com uma equipe odontológica composta por um odontólogo e uma técnica em saúde bucal. A equipe atende uma população de 3441 habitantes, dos quais 361 pessoas são portadoras de hipertensão arterial e 113 de diabetes mellitus.

A intervenção iniciou-se com a capacitação dos profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os temas abordados nas capacitações foram focados na melhoria do acolhimento na unidade de saúde aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus; orientação à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, capacitação dos ACS para realização do cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência da unidade básica de saúde.

Uma vez iniciada a intervenção propriamente dita, houve uma significativa participação, tanto dos integrantes da equipe quanto dos usuários. A união da equipe foi primordial para a realização das atividades. O interesse mútuo ajudou a solucionar alguns problemas tais como: locais para a realização de reuniões com a comunidade; apoio na busca de faltosos, entre outros. O esforço dos ACS para realizar o cadastramento do maior número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus também foi fundamental. A Secretaria Municipal de Saúde também teve sua parcela de contribuição, disponibilizaram fichas-espelho, cadernetas da saúde de hipertensos e/ou diabéticos; e material para teste de glicemia capilar; facilitando assim o andamento da intervenção. Ao se somar todo esse trabalho, o reflexo foi a melhoria da saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Durante a intervenção não conseguimos que todos os usuários realizassem os exames complementares recomendados pelo protocolo, pois os mesmos foram realizados no laboratório da Secretaria Municipal de Saúde, mesmo tendo previamente realizado uma reunião com os profissionais do laboratório sobre a intervenção e justificado a importância da mesma para melhorar a atenção a este grupo alvo.

A equipe avaliou pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus por meio do exame clínico de acordo com o protocolo, os usuários alvo passaram a fazer uso de medicamentos da farmácia popular, foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação da estratificação de risco cardiovascular, fornecido orientação nutricional sobre alimentação saudável, salientado a importância da prática regular de atividade física, fornecido orientação sobre higiene bucal e esclarecido sobre os riscos do tabagismo.

Contatamos os líderes e membros comunitários para falar sobre a importância do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos solicitando apoio para o cadastramento e acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus como objetivo de ampliar a cobertura do Programa na UBS, o qual foi prontamente ofertado. Os contatos foram feitos sem dificuldades na sala de reunião do NASF, com a presença de todos os líderes comunitários.

Além disso, realizamos palestras nas escolas e atividades de sala de espera para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus e para toda a comunidade, para que entendessem a importância da intervenção e que pudessemos contar com seu apoio e participação ativa na mesma.

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão incorporadas à rotina do serviço apesar da dificuldade inicial, pois foi necessário mudar alguns hábitos arraigados de muitos anos por parte de alguns profissionais da equipe bem como de usuários, mas contamos com vosso apoio para que a intervenção possa ter continuidade e que possamos garantir os princípios da Universalidade e da Integralidade em todos os atendimentos à população garantindo melhoria da qualidade de vida de todos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com objetivo de melhorar o cuidado de nossa população, ou seja, vocês usuários do serviço de saúde, por meio de trabalho em equipe realizamos uma intervenção cujo foco foi a melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes. Conseguimos atender 226 hipertensos e 104 diabéticos. A escolha desse foco foi devido ao baixo número de usuários cadastrados com Hipertensão ou com Diabetes na UBS. Um das estratégias foi priorizar o atendimento e melhorar o acolhimento e a agenda aos portadores de HAS e/ou DM.

A equipe comunicou à comunidade que era necessária fazer a intervenção e a importância da mesma para todos. Houve assim entendimento e aceitação que gerou a colaboração da população com a equipe na busca dos usuários população alvo da intervenção, com participação ativa nas ações de educação em saúde oferecidas e algumas atividades que foram desenvolvidas na UBS sofreram restrição como a mudança do horário. Antes da intervenção a consulta do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos realizava atividades coletivas mensais com este grupo alvo, com a intervenção passamos a realizar encontros com frequência semanal, ação que continuou sendo realizado embora a intervenção tenha terminado, a disponibilidade e prioridade na realização de exames complementares segundo o protocolo aumentou. Realizamos a estratificação de risco a todos os usuários que participaram da intervenção e atualmente está acontecendo em todos os atendimentos oferecidos na unidade.

Ao final da intervenção conseguimos melhoria na cobertura no Programa de HAS e DM, alcançando 80% para os diabéticos que foi a meta proposta pela equipe, mas devido a grande população de hipertensos não foi possível o alcance

de 80% proposto inicialmente. Desenvolvemos ações que garantiram acesso e cuidado integral, conquistamos os indicadores de qualidade, que mostraram que os usuários cadastrados participaram de todas as ações da intervenção. Houve grande melhoria nos registros, com destaque nos agendamentos programados para os atendimentos odontológicos para pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus e na estratificação do risco para um adequado acompanhamento segundo a periodicidade das consultas, os usuários alcançaram o maior nível de conhecimento sobre suas doenças através das atividades educativas coletivas foi oferecido um acolhimento e acompanhamento de ótima qualidade a todos os usuários que participaram na intervenção.

Todas as ações desenvolvidas durante a intervenção foram incorporadas à rotina do serviço no trabalho do dia a dia no programa de atenção aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes dando continuidade a intervenção para realizar o acompanhamento a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus de nossa área de abrangência e aumentar a cobertura de todas as ações desenvolvidas na UBS.

Para que a atenção à saúde na UBS pudesse ser mais qualificada, contatamos os líderes e membros comunitários para nos apoiar e divulgar os resultados da intervenção realizada, os quais prontamente colaboraram. Diante dos resultados positivos com a intervenção realizada pretendemos qualificar o Programa de atenção à saúde da criança e esperamos ter o apoio da comunidade de igual forma bem como de toda a equipe na busca de crianças e divulgação das ações a serem realizadas no futuro próximo a fim de qualificar esta ação também.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em Saúde da Família pela UFPEL/UNASUS possibilitou-me um grande processo de aprendizagem. Minhas expectativas em relação ao curso foram cumpridas e além de melhorar o trabalho na UBS e nas comunidades, exigiu uma preparação mais integral, me permitiu aprofundar conhecimentos em Saúde da Família e poder oferecer uma atenção mais humana aos usuários do serviço, onde a medicina curativa ainda era predominante.

O AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) me permitiu uma relação com o curso interagindo, colaborando e avançando a partir das diferentes atividades propostas. O acompanhamento com a minha orientadora foi muito útil para o cumprimento de todas as atividades no espaço Diálogo Especializando /Orientador durante todas as unidades de estudo.

Durante o curso tive a oportunidade junto com a equipe de conhecer a estrutura física e funcionamento da UBS, realizamos a Análise Situacional identificando os principais problemas de saúde dos usuários, os fatores de risco biológico e ambiental; desenvolvemos ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; melhoramos a qualidade de vida dos indivíduos, da família e da comunidade e diminuimos a morbimortalidade em nossa população.

Sinto prazer imenso em compartilhar meus conhecimentos e minhas experiências em saúde da família com os colegas e, assim aprender com eles a oferecer uma assistência mais integral e com olhar ampliado acerca da saúde por meio de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/doc/miolo2002.pdf>. Acesso em 30 jul 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus**, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> Acesso em: 11 jun.2006.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Cien Saúde Colet** 2004; 9(4): 931-43.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DIM - Microsoft Excel

Normal Layout da Página Visualização da Tela Modos de Exibição Personalizados Inteira Modos de Exibição de Pasta de Trabalho

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Barra de Fórmulas Regua Linhas de Grade Barra de Mensagens Mostrear/Ocultar

Zoom 100% Zoom na Seleção Nova Organizar Congelar Janela Tudo Painéis Ocultar Dividir Exibir Lado a Lado Rolagem Sincronizada Salvar Espaço Alternar de Trabalho Janelas

Macros

C4

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
2		Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é Hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertenso ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto a necessidade de atendimento odontológico?	O paciente foi realizado a busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	O paciente está com a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está adequada?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre a higiene bucal?		
3		Orientações de preenchimento	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
4		1																	
5		2																	
6		3																	
7		4																	
8		5																	
9		6																	
10		7																	
11		8																	
12		9																	
13		10																	
14		11																	
15		12																	
16		13																	
17		14																	
18		15																	
19		16																	
20		17																	
21		18																	
22		19																	
23		20																	
24		21																	
25		22																	
26		23																	
27		24																	

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

59%

21:32 25/05/2015

Anexo C – Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante